



BC\_e-2 OP – Einwilligung



ST\_33 – IFAI-Fragebogen

**Merci de retourner le questionnaire dans les meilleurs délais:**

- Via DocBox

- Par e-mail à [ifai.hirslanden@hirslanden.ch](mailto:ifai.hirslanden@hirslanden.ch)

- Par courrier à: Klinik Hirslanden

Institut für Anästhesiologie und  
Intensivmedizin (IFAI)

Witellikerstrasse 40

8032 Zürich

T +41 44 387 22 99 / F +41 44 387 38 85

## DONNÉES PERSONNELLES

|   |   |
|---|---|
| Nom   | Date de naissance   |
| Prénom  | Téléphone   |
| Adresse   | Téléphone mobile  |
| NPA / Localité  | Adresse e-mail  |
| Profession  | Taille (cm) <span style="float: right;">Poids (kg)</span> |
| Votre médecin de famille (nom, adresse, téléphone, e-mail)? |   |

## OPÉRATION PRÉVUE

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| Intervention planifiée? | Date: |
| Chirurgien / Opérateur? |       |

## OPÉRATIONS ANTÉRIEURES

|  |
|--|
| Intervention / Date ?  |
| Avez-vous déjà rencontré, vous ou un parent direct, des problèmes liés à l'anesthésie? Si oui, lesquels? |

## ÉTAT DE SANTÉ

**Avez-vous déjà présenté ou présentez-vous actuellement un ou plusieurs des problèmes suivants?**

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Maladies des artères coronaires (par ex., angine de poitrine, infarctus, stents)                                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Insuffisance cardiaque   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maladies des valves cardiaques   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Troubles du rythme cardiaque   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Portez-vous un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Hypertension (cocher également en cas de traitement médicamenteux efficace)                                      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maladie pulmonaire (par ex., BPCO, asthme, oxygénothérapie à domicile)   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Embolie pulmonaire et/ou thrombose   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| AVC (hémorragie cérébrale ou infarctus cérébral)   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maladies du sang ou troubles de la coagulation (hémorragie après intervention dentaire, opération, menstruation) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Prenez-vous des anticoagulants?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Présentez-vous une anémie?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maladie rénale   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Diabète insulino-dépendant (pompe à insuline oui/non?)   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Diabète non insulino-dépendant   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Problèmes gastriques<br>(reflux gastro-œsophagien, brûlures d'estomac, bypass gastrique, anneau gastrique)       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maladie hépatique, ancienne hépatite   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Trouble du métabolisme (par ex., troubles thyroïdiens, cholestérol, acide urique)                                | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Maladie neurologique (par ex., épilepsie, Parkinson, paralysies, neurostimulateur) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maladie musculaire sévère (par ex., myopathie, dystrophie musculaire)              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maladie psychique (par ex., dépression, attaques de panique, burnout)              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Syndrome d'apnée du sommeil (apportez votre appareil respiratoire à la clinique !) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Allergie ou intolérance (si oui, laquelle?)  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

### CAPACITÉS PHYSIQUES

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Pouvez-vous monter deux étages à pied sans être essoufflé(e)?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Êtes-vous essoufflé(e) au quotidien?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous parfois des douleurs, une sensation de pression ou une sensation d'oppression dans la poitrine? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

### QUESTIONS GÉNÉRALES

|   |                               |                              |
|---|-------------------------------|------------------------------|
| Pourriez-vous être enceinte?  | <input type="checkbox"/> Oui* | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous été hospitalisé(e) à l'étranger au cours des 6 derniers mois?                     | <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non |
| Recevez-vous actuellement ou avez reçu un traitement contre le cancer?<br>Pour quel organe? | <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous rédigé des directives anticipées?   | <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non |
| En cas d'hémorragie engageant le pronostic vital, refuseriez-vous des produits sanguins     | <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non |
| Fumez-vous? Combien de cigarettes par jour: Depuis combien d'années?:                       | <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non |
| Buvez-vous de l'alcool? Si oui, quelle quantité par jour:                                   | <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non |
| Prenez-vous/avez-vous pris des drogues?   | <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous des dents qui bougent ou sont défectueuses?                                       | <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non |

\* Si l'intervention chirurgicale est en lien avec une grossesse (par ex., césarienne, curetage, cerclage), le rapport du médecin de famille n'est pas exigé. Veuillez plutôt nous fournir les rapports et résultats gynécologiques dont vous disposez (analyses, etc.).

### REMARQUES

### MÉDICAMENTS

Quels médicaments prenez-vous?

À quels moments de la journée?

| Médicament | mg | Matin | Midi | Soir | Nuit |
|------------|----|-------|------|------|------|
|            |    |       |      |      |      |
|            |    |       |      |      |      |
|            |    |       |      |      |      |
|            |    |       |      |      |      |
|            |    |       |      |      |      |

|      |           |
|------|-----------|
| Date | Signature |
|------|-----------|

Une consultation chez le médecin de famille est impérative lorsque :

- au moins 1 champ rouge ou 2 champs bleus sont cochés,
- le patient est âgé de 65 ans ou plus,
- l'intervention chirurgicale appartient à la classe de risque B ou C.

Si vous avez des questions à propos du questionnaire de santé, veuillez vous adresser à: Klinik Hirslanden

Institut für Anästhesiologie und Intensivmedizin (IFAI)  
Witellikerstrasse 40  
8032 Zürich  
T +41 44 387 22 99 / F +41 44 387 38 85  
ifai.hirslanden@hirslanden.ch

**Note:** Pour envoyer le formulaire par e-mail, veuillez vous assurer qu'une fenêtre e-mail s'ouvre après avoir cliqué sur « Envoyer ». Si ce n'est pas le cas, **enregistrez d'abord le formulaire** et cliquez à nouveau sur « Envoyer ».